



**PERCORSI FORMATIVI PER OPERATORE SOCIO SANITARIO  
DGR 1124 DEL 06/08/2020**

**AVVISO PUBBLICO**

Si informa che a seguito delle procedure di selezione interna relativamente al percorso formativo per OSS codice progetto n. 1847/4/1124/2020, sono risultati disponibili n. 9 posti.

Pertanto si invitano gli interessati risultati idonei alla sessione di selezione del 22/10/2020<sup>1</sup> a presentare domanda di ammissione al corso entro e non oltre il 20/11/2020 a mezzo [info@ceisbelluno.org](mailto:info@ceisbelluno.org)<sup>2</sup>

Data, 13/11/2020.

Il Responsabile del corso  
Segat Mariangela

<sup>1</sup> Specificare la data della prova di selezione unica di riferimento.

<sup>2</sup> Lo strumento adottato deve garantire la tracciabilità della trasmissione.

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**ai fini dell'ammissione al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario****cod. progetto 1847/001/747/DEC/20**Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome nome

|   |                  |           |        |                          |           |                          |       |  |
|---|------------------|-----------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|--|
| Dati richiedente<br>(completare in stampatello) | Cognome          |           |        |                          |           |                          |       |  |
|   | Nome             |           |        |                          |           |                          |       |  |
|   | Sesso            |           | M      | <input type="checkbox"/> | F         | <input type="checkbox"/> |       |  |
|   | Luogo di Nascita |           |        |                          |           |                          | Prov. |  |
|   | Data di nascita  |           |        | Cittadinanza             |           |                          |       |  |
|   | Residenza        | Indirizzo |        |                          |           |                          |       |  |
|   |                  | Comune    |        | Prov.                    |           | CAP                      |       |  |
|   | Domicilio        | Indirizzo |        |                          |           |                          |       |  |
|   |                  | Comune    |        | Prov.                    |           | CAP                      |       |  |
|   | Codice fiscale   |           |        |                          | E-mail    |                          |       |  |
| Telefono  | Abitazione       |           | Lavoro |                          | Cellulare |                          |       |  |

**CHIEDE**

L'ammissione al percorso formativo per OSS, codice progetto sopra indicato.

Dichiara di essere risultato idoneo con il punteggio di \_\_\_\_\_, alla prova di selezione per l'ammissione al percorso formativo per OSS cod. progetto \_\_\_\_\_ dell'Organismo di Formazione \_\_\_\_\_ approvato con Decreto del Direttore della Direzione Formazione e Istruzione n.747 del 23/09/2020.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data, \_\_\_\_\_